

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

168

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Frédéric-René CHOFFÉ

Né à Ancourt (Seine-Inférieure), le 12 novembre 1903

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Assistance publique de Paris

DU RÔLE

DES

MALADIES INFECTIEUSES

(ROUGEOLE, COQUELUCHE ET SCARLATINE)

DANS

L'ÉTIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE

DE LA DEUXIÈME ENFANCE

Président : M. LÉON BERNARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

201

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Frédéric-René CHOFFÉ

Né à Ancourt (Seine-Inférieure), le 12 novembre 1903

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Assistance publique de Paris

DU RÔLE

DES

MALADIES INFECTIEUSES

(ROUGEOLE, COQUELUCHE ET SCARLATINE)

DANS

L'ÉTIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE

DE LA DEUXIÈME ENFANCE

Président : M. LÉON BERNARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

I. — DOYEN. . . M. ROGER.

LES PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils. Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERRER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.
 N. Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique medicale.
AUVRAY . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale
LE LORIER .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

*Qui m'a fait le grand hon-
neur de présider cette thèse, en
hommage de reconnaissance
respectueuse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROBERT DEBRE

*Qui a inspiré ce travail, en
vif hommage de gratitude.*

Stage :

1921-1922 : M. LE PROFESSEUR GOSSET

M. LE PROFESSEUR SERGENT

1922-1923 : M. LE DOCTEUR LAUNAY

M. LE DOCTEUR ANDRÉ BERGÉ (*in memoriam*).

1923 : M. LE DOCTEUR LAUBRY

M. LE DOCTEUR HUDELO

Externat :

1924 : M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

1925 : M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROBERT DEBRÉ

1926 : M. LE DOCTEUR GRENET

1927 : M. LE DOCTEUR MARCEL PINARD

Internat :

1927-1929 : M. LE DOCTEUR A. MORANCÉ

En hommage de reconnaissance pour ses conseils et son amitié.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN QUÉNU

A MM. LES DOCTEURS BOCAGE ET BONNECAZE

A MES CAMARADES D'ÉTUDES :

M^{lle} LE DOCTEUR MARTHE CAHEN

MM. LES DOCTEURS BARDIN, BONNIER, FLEURY

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT :

MM. LES DOCTEURS BALMELLE, HÉLION, PIERRE
MORANCÉ.

INTRODUCTION

« La rougeole est une des causes les plus fréquentes de ces réveils de la tuberculose dans la deuxième enfance ; la scarlatine, la varicelle, la diphtérie sont beaucoup plus rarement à incriminer.

« Au même titre que la rougeole vient la coqueluche... »

écrivent MM. F. Bezançon et S. I. de Jong, résumant ainsi d'une façon parfaite l'opinion classique depuis fort longtemps sur le rôle que jouent les maladies infectieuses, rougeole et coqueluche plus particulièrement, dans l'évolution de la tuberculose de la seconde enfance.

Cependant, depuis quelques années, plusieurs auteurs, soit en France, soit à l'étranger, se sont élevés contre cette opinion séculaire, jusqu'alors admise sans discussion.

Sur le conseil de notre Maître, M. le Professeur agrégé Robert Debré, nous avons entrepris de rechercher quelles étaient les suites de ces maladies chez les enfants envoyés à l'Asile d'Hendaye, où, pendant deux ans, nous avons été l'interne de M. le Dr Morancé, qui a bien voulu nous aider de sa grande expérience clinique.

Ces enfants sont pour la plupart des tuberculeux latents. Si l'opinion classique était conforme à la réalité des faits, nous aurions donc dû voir se produire des réveils de tuberculose à la suite de rougeoles ou de coqueluches.

Après un chapitre consacré à l'exposé historique de la question, nous donnerons les résultats de notre étude, plus particulièrement poussée pour ce qui concerne la rougeole, la coqueluche et la scarlatine. Nous ne dirons que quelques mots des autres maladies infectieuses : varicelle, diphtérie, oreillons et rubéole, qui ne nous ont paru avoir absolument aucune influence sur l'évolution de la tuberculose, et qui ne sont d'ailleurs que très rarement invoquées comme facteurs étiologiques de cette maladie.

DU RÔLE
DES
MALADIES INFECTIEUSES
(ROUGEOLE, COQUELUCHE et SCARLATINE)
DANS
L'ÉTIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE
DE LA DEUXIÈME ENFANCE

HISTORIQUE

Il y a très longtemps que les médecins attribuent un rôle important dans l'étiologie de la tuberculose à certaines maladies infectieuses, et plus particulièrement à la coqueluche et à la rougeole.

C'est Willis, il y a maintenant plus de deux siècles, qui qualifia la coqueluche de « vestibule de la tuberculose » : « Tussis convulsiva est vestibulum tabis. »

La rougeole a été incriminée plus récemment. Il semble que ce soient Rilliet et Barthez, dans l'édition de 1838 de leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, qui aient attiré les premiers l'attention des cliniciens sur le rôle de la rougeole. Ces auteurs disent avoir observé en moyenne 1 cas de tuberculose sur 11 cas de rougeole traités dans leur service.

Depuis, de nombreux travaux ont été consacrés à cette question. Jusqu'à ces toutes dernières années,

tous les auteurs étaient d'accord pour affirmer l'influence néfaste de la rougeole et de la coqueluche dans l'étiologie de la tuberculose. Pour Franckel (Thèse 1897) les manifestations tuberculeuses observées après la rougeole sont, par ordre de fréquence, la granulie — ou broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë — la tuberculose chronique ; la méningite tuberculeuse.

Les conclusions de la thèse de Grèze sont analogues à celles de Franckel.

Léger et Rondy, dans leurs thèses, sont tout aussi affirmatifs en ce qui concerne les rapports de la coqueluche et de la tuberculose. Et le Professeur Weill (in *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, tome XVI, 1921) évalue à 5 % la proportion des complications tuberculeuses de la coqueluche.

* * *

Si, jusqu'à ces dernières années, toutes les opinions concordaient pour affirmer l'influence néfaste de la rougeole et de la coqueluche sur l'évolution de la tuberculose, il y avait divergence de vues sur l'interprétation de ces faits.

Pour les anciens auteurs, coqueluche et rougeole créaient un terrain favorable à l'éclosion de la tuberculose.

Cette théorie n'est plus guère admise aujourd'hui. On pense que ces maladies ne font que réveiller des foyers tuberculeux latents, ou hâter l'évolution

de lésions bacillaires déjà cliniquement décelables.

Les travaux de Von Pirquet sur la cuti-réaction à la tuberculine ont semblé apporter une confirmation nouvelle à l'opinion classique. En effet, il est fréquent, au cours de la rougeole et de la coqueluche, de voir disparaître momentanément des réactions tuberculiniques antérieurement positives. On en a conclu que cette anergie cutanée traduisait un état de moindre résistance de l'organisme vis-à-vis de l'infection bacillaire.

Les découvertes modernes venaient corroborer l'opinion des anciens cliniciens.

* * *

Pourtant, depuis quelques années, plusieurs auteurs se sont élevés contre l'opinion classique jusqu'alors admise sans réserves.

En Amérique, R. S. Bergoff publie en 1924 une statistique de 500 cas de rougeole au cours desquels il n'a observé qu'un seul cas de réactivation de foyers tuberculeux attribuable à cette maladie.

Au début de 1925, Ribadeau-Dumas fait observer que l'anergie tuberculinique de la rougeole n'est peut-être limitée qu'à la peau. En effet, dit-il, « si « l'anergie morbilleuse est commune, la révélation « d'une tuberculose aggravée par la rougeole l'est « beaucoup moins. La tuberculose post-morbilleuse « est rarement observée en ville, et ne paraît pas « très fréquente à l'hôpital ».

En décembre 1925, M. Wilhem Beisken apporte la statistique de la mortalité par rougeole, tuberculose et méningite tuberculeuse pour une période de 16 ans dans sa clinique de médecine infantile de Düsseldorf. Il en dresse les courbes : et les trois courbes ne coïncident nullement. M. Beisken termine son article en déclarant : « Tout en admettant « que la rougeole laisse l'organisme en état de « moindre défense, nous ne pouvons conclure à une « activation de la tuberculose par la rougeole. » Au cours de cet article, M. Beisken cite l'opinion de MM. Noeggerath et Epstein qui, après une épidémie très importante de coqueluche et de rougeole n'ont constaté aucune recrudescence de tuberculose.

Les travaux de Robert Debré et de ses élèves, Cordey, Mlle Crémieu-Alcan, Sénoze, sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance, montrent que le rôle des maladies dites anergisantes est beaucoup moins important qu'on le croit en général. Leur opinion est partagée par le Dr Mozer, de Berck.

Enfin, en 1926, Robert Debré et Mme Karola Papp publient une étude sur la « disparition de la cuti-réaction positive à la tuberculine pendant la rougeole », où ces auteurs montrent que le facteur dont dépendent la persistance ou la disparition de la cuti-réaction est la gravité de la rougeole, et non pas la gravité ou le caractère évolutif de la tuberculose. Cette disparition de la cuti-réaction peut d'ailleurs s'observer au cours de nombreuses autres

maladies, comme la coqueluche, la grippe, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la scarlatine, la varicelle et même la rubéole, et cela toujours d'une façon d'autant plus nette que la maladie est plus grave.

Or tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la scarlatine, la diphtérie et la varicelle n'ont que peu d'influence sur l'évolution de la tuberculose. Rilliet et Barthez allaient jusqu'à dire que la diathèse tuberculeuse et la scarlatine étaient antagonistes.

ROUGEOLE ET TUBERCULOSE

On sait que, pour les auteurs modernes, la tuberculose se propage presque uniquement par inhalation de bacilles tuberculeux. Il se produit alors dans le poumon, en général près d'une scissure, dans la région hilare, une lésion bacillaire primitive, le « chancre d'inoculation », le plus souvent impossible à déceler cliniquement. De là, l'infection gagne les ganglions trachéo-bronchiques ; ceux-ci réagissent d'une façon variable, qui n'est généralement pas appréciable cliniquement. La tuberculose peut se généraliser et évoluer vers la mort : c'est ce qui se passe assez fréquemment chez le nourrisson, bien que l'on puisse observer chez lui des formes curables de tuberculose.

Ou bien les choses en restent là ; les lésions bacillaires restent en sommeil jusqu'à ce que, pour une raison souvent mal connue, leur activité se réveille. C'est ce qu'on observe en général au cours de la seconde enfance.

Parmi les causes du réveil de la tuberculose au cours de la seconde enfance, les auteurs classiques attribuent un rôle particulièrement important à la rougeole et à la coqueluche.

Nous avons vu que plusieurs auteurs, au cours de ces dernières années, se sont élevés contre cette opinion. Ils ont montré que ces maladies ne jouaient qu'un rôle insignifiant dans l'étiologie de la tuberculose, et que le facteur essentiel était en réalité le mode de contamination (Armand-Delille et Mlle Famin, Mlle Eliasberg, Robert Debré et Cordey).

* * *

Nous allons maintenant exposer les résultats de l'enquête que nous avons faite à l'Asile pour enfants de la ville de Paris, à Hendaye.

La plupart des enfants envoyés à l'Asile par les différents services hospitaliers de Paris y arrivent avec le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique, généralement confirmé par un examen radiologique, mais sans que, le plus souvent, soit précisée la nature tuberculeuse ou non de cette adénopathie.

Depuis quelques années d'ailleurs, de nombreux auteurs ont montré le peu de valeur des signes cliniques de l'adénopathie trachéo-bronchiques et ont fait remarquer la difficulté d'interprétation des signes radiologiques. Nous citerons notamment les déclarations de Ribadeau-Dumas, Guinon, Comby qui remontent à 1912, plus récemment les travaux de Delherm, de Duhem et Chaperon au point de vue radiologique, de Robert Debré, de Léon Bernard et Vitry, de Marfan, de Dauphin au point de vue clinique.

Enfin, plus récemment encore, quelques auteurs Guinon et Levesque, R. Debré et son élève Mlle Petot ont nié formellement l'existence de l'adénopathie trachéo-bronchique chronique non tuberculeuse en tant qu'entité morbide définie.

Nous ferons donc d'importantes réserves sur ce diagnostic. Malgré tout, il est vraisemblable qu'un grand nombre de ces enfants envoyés à Hendaye pour « adénopathie trachéo-bronchique » sont réellement porteurs d'adénopathies médiastines de nature tuberculeuse.

D'autre part, chez un grand nombre d'enfants (environ 33 %) nous avons pu retrouver des antécédents certains de tuberculose, soit chez eux-mêmes, soit chez leurs parents.

La plupart des enfants que nous avons observés sont donc des tuberculeux. Quelques-uns, même, étaient porteurs de lésions en évolution.

Il était par conséquent d'un grand intérêt de rechercher quelles étaient les suites des maladies infectieuses chez ces enfants.

* * *

Ici, une question se pose : pendant combien de temps peut s'exercer l'influence d'une maladie aiguë comme la rougeole ou la coqueluche ?

C'est là une question difficile à résoudre, car on ne peut se baser sur aucun fait précis. Néanmoins, il semble raisonnable d'admettre qu'un enfant qui,

pendant les trois mois qui ont suivi l'éclosion de sa maladie, a été parfaitement bien portant, ne puisse plus présenter de complications.

Nous n'avons donc retenu et classé comme n'ayant certainement pas présenté de complications tuberculeuses que les enfants que nous avons pu suivre pendant trois mois après l'éclosion de leur maladie. Ce sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, car nous observons presque tous les cas de maladies contagieuses en lazaret, les premiers éclatant quelques jours après l'arrivée des enfants à Hendaye. C'est ce qui se passe en particulier pour les épidémies de rougeole, à peu près toujours amenées de Paris.

Nous avons relevé dans ces conditions, de janvier 1921 à octobre 1928, 137 cas de rougeole traités dans le service, sur lesquels nous avons observé personnellement 47 cas. Sur les 137 enfants qui ont eu la rougeole, 7 ont eu aussi la coqueluche et 11 la scarlatine pendant leur séjour.

Nous avons trouvé chez 43 de ces enfants, soit 31,4 %, des antécédents tuberculeux certains. Parmi eux, 6 présentaient des lésions bacillaires en évolution.

Sur les 94 autres enfants, 54 avaient été envoyés à Hendaye pour « adénopathie trachéo-bronchique », soit 39,4 % du nombre total des cas de rougeole observés.

* * *

Sur ces 137 enfants, 2 seulement ont présenté des manifestations tuberculeuses nouvelles après leur maladie.

OBSERVATION I

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de 10 ans, l'enfant A... Jeanne, envoyée à Hendaye le 13 novembre 1923 par l'Hôpital Bretonneau, pour adénopathie trachéobronchique et scoliose. Le père et la mère de l'enfant sont morts tous deux de tuberculose pulmonaire. Elle-même a eu la coqueluche en bas âge.

C'est une enfant de taille normale, maigre, présentant une polymicro-adénopathie importante. Elle a une cyphose prononcée, s'accompagnant de déformation thoracique.

L'examen pulmonaire montre une submatité de toute la moitié supérieure du poumon droit, et l'auscultation révèle l'existence à ce niveau de nombreux râles humides.

L'enfant entre à l'Infirmierie de l'asile, en observation, le 30 novembre 1923. Un examen radioscopique pratiqué alors montre un aspect grisé de tout le lobe supérieur du poumon droit, dont le sommet s'éclaire mal à la toux.

Néanmoins, l'état général de l'enfant s'améliore : pesant à l'arrivée 23 kilos, elle pèse le 15 janvier 25 kgr. 400.

Le 30 janvier, l'enfant présente une éruption de rougeole. Elle entre à l'Isolement, où elle reste jusqu'au 11 février.

Son état général est devenu très mauvais ; elle a maigri de 1.900 gr. en 15 jours, elle tousse, a de la fièvre : 38°5, 39° même le

soir, 37°5 ou 38° le matin. Les râles humides se sont étendus à tout le poumon, et l'enfant est renvoyée à Paris le 15 février 1924, pour tuberculose pulmonaire évolutive. Nous n'avons pu savoir ce qu'elle était devenue ultérieurement.

Dans ce cas, il semble tout à fait net que l'évolution de la tuberculose a été hâtée par la rougeole. Le second cas est beaucoup moins probant.

OBSERVATION II

Il s'agit d'une fillette de 9 ans, l'enfant L... Madeleine, envoyée à Hendaye le 24 octobre 1922 par l'Hôpital des Enfants-Malades, pour scoliose. On ne trouve dans ses antécédents aucun contact bacillaire. Elle a eu la coqueluche à 3 ans. C'est une enfant normalement développée ; elle a de gros ganglions sous-mentaux non suppurés et n'ayant pas tendance au ramollissement. L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal. Elle présente enfin une cyphose dorsale, avec légère scoliose dorsale gauche, et aplatissement du thorax de ce côté.

Le 8 mai 1923, l'enfant entre à l'Isolement, présentant une éruption de rougeole. Tout semble devoir se passer normalement quand, le 20 mai, l'enfant recommence à faire un peu de fièvre. En même temps, elle a une petite toux sèche. La température monte peu à peu. L'examen pulmonaire montre des signes d'épanchement pleural droit. Le diagnostic est confirmé par une ponction exploratrice (28 mai) qui ramène un liquide sérofibrineux, et par un examen radioscopique (31 mai) qui montre une image typique de pleurésie

de la base droite. Cette pleurésie guérit d'ailleurs rapidement sans laisser de traces, et l'enfant est renvoyée au pavillon des Scoliotiques le 2 août 1923, ne présentant plus aucun signe clinique ni radiologique de son épanchement pleural.

Elle quitte Hendaye le 5 octobre, cinq mois après le début de sa rougeole, en parfait état, ayant engraisé de 5 kilos en un an (durée normale du séjour au pavillon spécial des scoliotiques). Après sa rougeole, elle avait maigri de 2 kgr. 300 (30 kgr. le 30 avril, 27 kgr. 700 le 1^{er} juin), mais elle engraisa de nouveau très rapidement, et pesait 30 kgr. 400 le 15 août.

Peut-on affirmer que, dans ce cas, il s'agit bien d'une manifestation tuberculeuse provoquée par la rougeole ? Ne s'agit-il pas d'une simple coïncidence ? Quoi qu'il en soit, l'épanchement pleural a parfaitement bien guéri, et ne s'accompagnait d'aucune réaction parenchymateuse.

* * *

A l'encontre de ces deux cas où l'on peut admettre — encore que l'un d'eux soit bien discutable — que la rougeole a joué un rôle dans l'évolution de la tuberculose, nous avons relevé 10 cas de tuberculeux certains qui ont eu la rougeole à Hendaye sans présenter aucune aggravation de leurs lésions bacillaires.

Dans 5 cas, il s'agissait d'enfants présentant des

formes de tuberculose en évolution : 3 bacilloses pulmonaires, 1 péritonite tuberculeuse, 1 adénite cervicale suppurée.

OBSERVATION III

L'enfant N. Hélène arrive à Hendaye le 19 juillet 1927. C'est une enfant assistée de 12 ans envoyée pour « Adénopathie trachéo-bronchique droite ». Dès son arrivée, elle tousse et a de la fièvre le soir : 38°, 38°5 : Elle nous dit tousser depuis plusieurs mois déjà. De ses antécédents, elle ne se rappelle que la fièvre typhoïde.

A l'examen, c'est une enfant grande, très maigre (29kgr.800 à l'arrivée) pâle. Elle présente une cyphose assez marquée, et une scoliose gauche d'ensemble. L'examen pulmonaire montre une matité absolue du sommet droit avec, à l'auscultation, quelques râles humides.

Le 25 juillet 1927, l'enfant entre à l'isolement pour rougeole. Celle-ci se passe normalement, mais l'enfant continue de présenter une température oscillante : 39°, 39°5 le soir, 37° le matin. Elle entre à l'infirmerie le 8 août 1927. L'examen clinique des poumons montre exactement les mêmes signes qu'à l'arrivée. On pratique un examen radioscopique le 13 août ; il montre une obscurité complète des 2/3 supérieurs du poumon droit.

L'enfant est laissée au repos absolu, au lit. La température continue d'osciller entre 37 et 39°5 mais sans que l'état général s'aggrave, sans que les signes locaux se modifient. L'enfant augmente même de poids : elle pèse 29,800 le

20 juillet, 30,900 le 15 août, 31,300 le 15 septembre. On lui donne 25 centigrammes, puis 50 centigrammes de cryogénine par jour à partir du 15 août, et la température commence à baisser à partir du 1^{er} septembre. Jusqu'au 15, elle présente encore quelques irrégularités, puis devient absolument normale. On cesse l'administration de la cryogénine le 24 septembre. La température reste normale. L'enfant commence à se lever. L'état général continue de s'améliorer ; le 1^{er} octobre, elle pèse 33 kgr. 600. La matité du sommet droit persiste, et l'on entend toujours quelques râles à ce niveau.

Le 8 octobre, l'enfant présente une éruption de scarlatine. Elle entre à l'Isolement. La scarlatine évolue d'une façon tout à fait normale, et l'enfant revient à l'Infirmierie le 10 novembre.

Depuis cette époque, son état s'est constamment amélioré. Elle n'a plus jamais présenté de poussée fébrile. Elle quitte Hendaye le 17 août 1928 en excellent état ; elle pèse 42 kgr. Mais l'examen pulmonaire montre la persistance d'une submatité du sommet droit. A l'auscultation, on entend encore quelques râles après la toux.

Voici donc une enfant qui représentait dès son arrivée des signes de lésions tuberculeuses évolutives importantes, qui a fait la rougeole sans que cette affection ait influencé en quoi que ce soit l'évolution de sa tuberculose : elle ne l'a pas empêchée d'augmenter de poids, même momentanément. Plus tard, alors que sa température n'était redevenue normale que depuis trois semaines, l'enfant a eu la

scarlatine. Et, pas plus que la rougeole, la scarlatine n'a aggravé la tuberculose.

Nous pouvons citer plusieurs cas analogues.

OBSERVATION IV

L'enfant G. Joseph, arrive à Hendaye le 24 août 1926. C'est un enfant assisté de 11 ans, envoyé pour « pleurite ancienne et adénopathie trachéo-bronchique droite ». Il est grand, maigre et pâle, il présente une cyphose et des déformations thoraciques importantes. L'examen des poumons montre de la matité de la base droite, sans signes d'auscultation.

Le 2 septembre, il entre à l'Isolement pour rougeole. La rougeole se passe normalement, mais l'enfant tousse. Il entre à l'Infirmerie le 15 septembre. L'examen montre la persistance de la matité de la base droite, avec cette fois quelques râles humides après la toux. On pratique le 20 septembre un examen radioscopique qui montre un poumon droit gris dans son ensemble, mais surtout à la base. Le sinus costo-diaphragmatique droit n'est pas visible. Le sommet s'éclaire normalement à la toux. En outre, le cœur est dévié vers la droite.

L'état général de l'enfant s'améliore rapidement. Les râles disparaissent, mais la submatité de la base droite persiste, et des examens radioscopiques successifs montrent toujours le même aspect du poumon droit.

L'enfant quitte Hendaye le 16 décembre 1927, après un séjour de 16 mois. Son état est largement amélioré ; il a

engraissé de 11 kgr. 500. La rougeole n'a donc eu absolument aucune influence fâcheuse sur son état.

Il en est de même dans le cas suivant :

OBSERVATION V

Il s'agit encore d'un enfant assisté, G. Germaine âgée de 10 ans, qui arrive à Hendaye le 20 juillet 1925 pour « mauvais état général ». C'est une enfant maigre et pâle, présentant de nombreux ganglions, qui tousse et a un peu de fièvre le soir. Elle a eu les oreillons, et est sujette à de fréquentes « bronchites ». L'examen pulmonaire montre l'existence de nombreux râles congestifs disséminés dans le poumon droit.

Le 22 août, l'enfant présente une éruption de rougeole. La rougeole évolue normalement, mais l'enfant continue de tousser, et elle entre à l'Infirmierie le 7 septembre 1925. Un mois après, le 7 octobre, elle fait la coqueluche. Elle entre à l'Isolément, d'où elle passe directement en division, son état général s'étant nettement amélioré, le 7 novembre 1925.

Un examen radioscopique pratiqué le 24 novembre montre l'existence de grosses ombres hilaires.

Pendant le reste de son séjour, l'enfant a eu la varicelle.

Elle quitte Hendaye le 4 juin 1926 en excellent état. Elle a engraisé de 6 kgr. 200.

Voici donc une enfant qui présentait des signes pulmonaires à son arrivée, qui a fait successivement la rougeole et la coqueluche, sans que ces deux maladies aient aggravé le moins du monde son état.

* * *

A côté de ces trois enfants qui présentaient des lésions pulmonaires, nous avons relevé le cas d'un enfant envoyé pour convalescence de péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION VI

Il s'agit d'un enfant de 6 ans, J. Lucien, envoyé à Hendaye le 18 décembre 1923 par l'Hôpital Trousseau. Ses parents sont bien portants, mais il a un oncle tuberculeux avec lequel il a été en contact prolongé. Il a eu une broncho-pneumonie, mais pas de maladies infectieuses. C'est un enfant pâle, anémique, avec de nombreux ganglions. Il a un gros ventre flasque, non douloureux, et vient d'être hospitalisé pendant plusieurs semaines à Trousseau pour péritonite tuberculeuse. L'examen pulmonaire ne montre rien d'anormal.

Le 21 décembre, il entre à l'Isolément pour rougeole. Il passe guéri en division le 14 janvier 1924.

Il quitte Hendaye le 12 décembre 1924. Il a engraisé de 3 kgr. et sa péritonite est tout à fait guérie.

Le cas suivant est également intéressant :

OBSERVATION VII

Enfant A. Raymonde. Il s'agit d'une fillette de 5 ans 1/2 envoyée à Hendaye le 19 octobre 1921 pour « adénopathie

trachéo-bronchique et volumineuse adénite cervicale ».

C'est une enfant dont le développement est à peu près normal. Elle présente un peu de cyphose dorsale. On ne trouve pas de contact tuberculeux dans ses antécédents ; elle n'a pas eu de maladies infectieuses. L'examen montre l'existence de plusieurs gros ganglions cervicaux au milieu de nombreux petits ganglions :

A droite, 2 ganglions de la chaîne carotidienne.

A gauche, un ganglion rétro-mastoïdien, un ganglion sous-angulomaxillaire, et un ganglion de la chaîne carotidienne.

Ces ganglions ont à peu près le volume d'une cerise.

L'examen pulmonaire montre de la matité du sommet droit en avant et en arrière, avec à ce niveau une respiration un peu soufflante.

Le 5 novembre 1921, on ponctionne un des ganglions droits qui est ramolli. On en retire deux centimètres cubes de pus épais. Le 12 décembre, on est obligé de ponctionner un des ganglions gauches. En février 1922, un autre ganglion gauche se fistulise.

Le 18 mars, l'enfant entre à l'Isolement pour coqueluche. Le 9 mai, elle fait la rougeole. Ces deux maladies ont une évolution normale, et l'enfant revient à l'Infirmierie le 27 mai 1922. A partir de cette époque, son état va en s'améliorant constamment.

Un examen radioscopique pratiqué le 8 août 1922 montre l'existence de grosses ombres hilaires bilatérales. Les bases et les sommets sont parfaitement clairs.

Quand l'enfant quitte Hendaye le 1^{er} décembre 1922, il persiste de nombreux ganglions cervicaux. Mais les ganglions suppurés sont guéris.

Ici encore, rougeole et coqueluche n'ont eu aucune influence fâcheuse chez une enfant qui était certainement une tuberculeuse.



Nous avons retrouvé également 5 autres cas d'enfants ayant présenté antérieurement des manifestations de tuberculose et chez lesquels la rougeole n'a été suivie d'aucun effet néfaste.

OBSERVATION VIII

L'enfant G. Jules, âgé de 6 ans et demi est envoyé à Hendaye le 26 juin 1923 en convalescence de pleurésie droite par l'Hôpital Saint-Louis. Il présente encore quelques signes cliniques à son arrivée: submatité de la base avec diminution de la respiration. A l'examen radioscopique, la base droite est un peu moins claire que la gauche.

Le 30 juillet, l'enfant entre à l'Infirmierie où il fait une broncho-pneumonie grave qui s'améliore à partir du 25 août, et guérit complètement.

Le 7 février 1924, il a la rougeole, qui évolue tout à fait normalement.

Il quitte Hendaye en très bon état le 4 juillet 1924.

OBSERVATION IX

L'enfant D. Jacques, âgé de 6 ans, est envoyé à Hendaye le 30 octobre 1923 par l'Hôpital des Enfants Malades, après

avoir fait à cet Hôpital une pleurite de la base gauche. C'est un enfant maigre et anémique.

Le 18 janvier 1924, il fait la rougeole, qui guérit sans aucune complication.

Il quitte Hendaye, en bon état, le 2 mai 1924.

OBSERVATION X

L'enfant G. Henriette, âgée de 8 ans, est envoyée à Hendaye le 1^{er} mars 1927 par l'Hôpital Saint-Louis pour « adénopathies multiples, anorexie, tumeur blanche du genou ancienne actuellement guérie ».

C'est une enfant chétive, présentant une ankylose en demi-flexion du genou gauche, avec grosse atrophie musculaire de tout le membre inférieur gauche. Elle a en outre des cicatrices de ganglions cervicaux suppurés. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire. Elle-même a eu la coqueluche autrefois.

Le 6 mars 1927, elle entre à l'Isolement pour rougeole. Celle-ci guérit normalement.

L'enfant quitte Hendaye en bon état le 22 juillet 1927.

OBSERVATION XI

L'enfant L. Fernande, âgée de 13 ans 1/2 arrive à Hendaye le 21 février 1922 envoyée par l'Hospice des Enfants Assistés pour « anémie, amaigrissement, induration du sommet droit ».

C'est une enfant en retard de développement, dont le père

est mort tuberculeux 3 ans auparavant. On trouve à l'auscultation du sommet droit une inspiration rude, avec expiration prolongée.

Le 2 mars l'enfant a la rougeole, qui évolue tout à fait normalement.

Elle quitte Hendaye le 30 juin 1922, en très bon état. Elle a engraisé de 3 kgs en 4 mois.

OBSERVATION XII

L'enfant P. Henriette, âgée de 7 ans 1/2, arrive à Hendaye le 20 décembre 1921, envoyée par l'Hôpital Trousseau avec le diagnostic suivant : « Mauvais état général, adénopathie trachéo-bronchique, sommet droit suspect à surveiller attentivement. »

C'est une enfant présentant une polymicro-adénopathie importante qui a eu autrefois la varicelle et la scarlatine. L'auscultation montre l'existence d'un souffle expiratoire au sommet droit. Un examen radioscopique pratiqué le 5 janvier 1922 montre l'existence d'ombres hilaires droites anormales.

Le 4 février, l'enfant entre à l'Isolement pour coqueluche le 28 mars, elle a la rougeole. Les deux affections guérissent sans laisser aucune trace, et l'enfant quitte Hendaye en très bon état le 16 juin.

*
* * *

A côté de ces dix enfants qui ont présenté personnellement des manifestations tuberculeuses, et

chez lesquels la rougeole — parfois même la rougeole et la coqueluche — n'a eu absolument aucune conséquence fâcheuse, 32 autres enfants, parmi les 135 qui ont eu la rougeole sans complications, avaient dans leurs antécédents des contacts tuberculeux certains. 54 autres avaient été envoyés à Hendaye pour adénopathie trachéo-bronchique.

En résumé, sur 137 cas de rougeole observés, 6 sont survenus chez des enfants présentant des lésions tuberculeuses en évolution certaine; 5 chez des enfants ayant présenté antérieurement des manifestations tuberculeuses; 32 chez des enfants ayant eu un contact tuberculeux certain; 54 chez des enfants envoyés à Hendaye pour adénopathie trachéo-bronchique; 40 chez d'autres enfants.

Sur ces 137 enfants, 2 ont présenté après leur rougeole des manifestations nouvelles de tuberculose. L'un de ces deux cas (Obs. II) est d'ailleurs fort discutable.

TABLEAU I

Cas de rougeole chez des enfants		Complicat.	Pas de compl.
Tuberculeux :			
évolutifs.....	6	1	5
anciens.....	5	0	5
Certainement tuberculisés.....	32	0	32
Porteurs A. T. B.	54	0	54
Autres.....	40	1	39
Total	137	2	135

Les 135 enfants chez lesquels la rougeole n'a eu aucune influence fâcheuse sont tous restés à l'Asile

d'Hendaye pendant 3 mois au moins après leur maladie.

Nous avons même recherché si la rougeole avait eu une influence quelconque sur leur développement, en étudiant leurs courbes de poids, et en les comparant avec celles d'autres enfants. Nous avons ainsi constaté que sur 135 enfants, 57 avaient fait une chute de poids passagère, tandis que 78 autres avaient continué d'engraisser régulièrement. Les chutes de poids ont toutes été rapidement compensées, et, en définitive, ces enfants ont tiré de leur séjour à Hendaye le même bénéfice que les autres, comme le montre notre tableau IV (voir page 52).

Devant les résultats de cette enquête, il nous est impossible de nous rallier à l'opinion classique qui fait de la rougeole l'une des causes les plus importantes du réveil de la tuberculose dans la deuxième enfance.

Nous allons voir que notre enquête sur la coqueluche donne exactement les mêmes résultats.

COQUELUCHE ET TUBERCULOSE

L'influence néfaste de la coqueluche sur l'évolution de la tuberculose a été incriminée longtemps avant celle de la rougeole, puisqu'il y a maintenant plus de deux siècles que Willis a écrit : *Tussis convulsiva est vestibulum tabis*.

Depuis, l'affirmation de Willis a été reprise par tous les auteurs des Traités classiques. Léger et Rondy ont tous deux consacré leurs thèses à l'étude de cette question, et ont confirmé l'exactitude de l'opinion classique. Tout récemment encore (1921) le Professeur Weill (de Lyon) évaluait à 5 % la proportion des complications tuberculeuses de la coqueluche.

Nous avons déjà signalé que depuis quelques années plusieurs auteurs, et notamment notre maître Robert Debré et ses élèves, ont contesté le rôle important attribué jusqu'ici sans réserves aux maladies infectieuses dans l'étiologie de la tuberculose. Nous ne reviendrons pas sur ce point, et nous nous contenterons d'exposer les résultats de l'enquête à laquelle nous nous sommes livré chez les enfants de l'Asile de la Ville de Paris à Hendaye.

* * *

Nous avons procédé exactement de la même façon que pour la rougeole, et nous n'avons retenu que les cas des enfants que nous avons pu suivre pendant trois mois au moins après l'éclosion de leur maladie.

Dans ces conditions, nous avons relevé, de janvier 1921 à octobre 1928, 99 cas de coqueluche traités dans le service, sur lesquels nous avons observé personnellement 15 cas. Sur les 99 enfants qui ont eu la coqueluche, 7 ont eu aussi la rougeole, et 8 la scarlatine pendant leur séjour.

Nous avons trouvé chez 31 de ces enfants, soit 31,3 %, des antécédents tuberculeux certains. Parmi eux, 5 présentaient des lésions bacillaires en évolution. Sur les 68 autres enfants, 38 avaient été envoyés à Hendaye pour adénopathie trachéobronchique, soit 38,3 % du nombre total des cas de coqueluche observés.

* * *

Sur ces 99 enfants, un seul a peut-être présenté des manifestations nouvelles de tuberculose après sa maladie :

OBSERVATION XIII

L'enfant L. Raymond, âgé de 5 ans, arrive à Hendaye le 20 juillet 1926, envoyé par l'Hôpital Trousseau, sans aucun

renseignement. Il n'a aucune notion de ses antécédents pathologiques.

C'est un enfant normalement développé au point de vue physique, présentant d'assez nombreux ganglions. L'examen pulmonaire ne révèle rien d'anormal.

Le 4 septembre, il entre à l'Isolement pour coqueluche. La maladie semble d'abord devoir évoluer normalement. Mais, à partir du 20 octobre, l'enfant présente une température à grandes oscillations : 38,5-39° le soir, 37° le matin. En même temps, l'état général s'altère, et l'examen pulmonaire montre une base droite submate, avec une diminution de la respiration, et quelques râles à ce niveau.

Le 29 novembre, l'enfant entre à l'Infirmierie. Il présente toujours une température irrégulière, restant parfois plusieurs jours sans fièvre, puis ayant une poussée fébrile à grandes oscillations pendant quelques jours. La base droite sonne toujours mal à la percussion. L'enfant continue de maigrir. Le 23 décembre on l'examine à la radio ; on constate l'existence d'une grosse ombre latéro-cardiaque droite, à contours nets ; le sinus costodiaphragmatique est clair.

L'état général de l'enfant continuant de s'aggraver, il est renvoyé à Paris le 7 janvier 1927. Il a maigri de 1300 gr. pendant son séjour en Hendaye, tousse et fait par moment des poussées de fièvre à grandes oscillations.

S'agit-il vraiment de tuberculose dans son cas, ou bien de dilatation des bronches ? Les contours nets de l'ombre observée (Rist et Jacob), son siège latéro-cardiaque, font pencher le diagnostic vers la dilatation des bronches. Mais, comme nous n'avons

pu savoir ce que l'enfant était devenu ultérieurement nous admettrons dans son cas la possibilité — quoique peu vraisemblable — d'une manifestation bacillaire post-coquelucheuse.

* * *

A côté de ce cas, nous avons relevé 7 cas de coqueluche survenus chez des tuberculeux certains sans que leur tuberculose ait été aggravée.

Dans 5 cas, il s'agissait de tuberculose en évolution. Nous avons déjà rapporté 2 de ces observations, les enfants dont il s'agit ayant eu aussi la rougeole pendant leur séjour (Enfants G. Germaine, obs. V et A. Raymonde, obs. VII). Nous allons résumer les 3 autres observations.

OBSERVATION XIV

Enfant R. Paulette, âgée de 8 ans 1/2, envoyée à Hendaye le 27 juillet 1921 par l'Hôpital des enfants malades, en convalescence de pleurésie gauche. Elle a un gros retard de développement physique. Son père est traité dans un sanatorium pour tuberculose pulmonaire.

L'examen des poumons montre une matité de tout l'hémithorax gauche. La respiration est diminuée à la base gauche, très soufflante dans tout le reste du poumon. L'amplitude des mouvements respiratoires est diminuée de ce côté, et l'hémithorax est rétracté.

Le 10 août, on pratique un examen radioscopique qui

montre un poumon gauche très obscur. Il est impossible de délimiter le cœur. L'enfant tousse et crache. La recherche des bacilles de Koch dans les crachats est négative le 22 septembre.

Le 25 septembre l'enfant entre à l'Isolement pour coqueluche. La maladie évolue normalement, sans retentir sur l'état général qui, depuis l'arrivée, s'améliore constamment. En novembre, l'enfant a la varicelle.

Elle continue de tousser et de cracher, et un nouvel examen des crachats pratiqué le 16 décembre montre cette fois la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

L'enfant quitte Hendaye le 13 janvier 1922 après avoir fait un érysipèle de la face. Les signes pulmonaires n'ont guère changé depuis son arrivée ; le poumon gauche est toujours mat à la percussion, la respiration soufflante à la partie moyenne, avec quelques râles. Mais l'état général s'est nettement amélioré, et la coqueluche n'a gêné en rien cette amélioration : l'enfant pesait 17 kgr. 200 à son arrivée, 19 kgr. le 13 septembre, quelques jours avant sa coqueluche, et 20 kgr. 800 le jour de son départ.

L'observation suivante est celle d'un enfant atteint lui aussi de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XV

Enfant J. Maurice, âgé de 5 ans, envoyé à Hendaye le 15 avril 1924 par l'Hôpital Saint-Louis pour « Adénopathie trachéobronchique ». C'est un enfant en assez bon état général. Deux de ses frères sont morts de tuberculose pulmonaire. Il a de nombreux ganglions lymphatiques ; son tho-

rax est déformé en carène. L'examen pulmonaire montre un poumon droit submat, avec de nombreux râles dans toute sa hauteur. Pendant une dizaine de jours après son arrivée, l'enfant a de la fièvre ($38^{\circ} 38^{\circ} 5$) le soir.

Le 11 juin, il entre à l'Isolement pour coqueluche. La maladie évolue normalement, et l'enfant retourne en division 6 semaines après.

Il quitte Hendaye le 13 février 1925 en excellent état. Il a engraisé de 3 kgr. 700 pendant son séjour.

Voici maintenant l'observation d'un enfant atteint de péritonite tuberculeuse :

OBSERVATION XVI

Enfant P. Paul, âgé de 6 ans, arrive à Hendaye le 21 avril 1925, envoyé par l'Hôpital Trousseau pour Péritonite tuberculeuse. On ne peut obtenir aucun renseignement sur ses antécédents.

C'est un enfant très amaigri, pâle et asthénique, ayant de très nombreux ganglions lymphatiques. Son abdomen est très volumineux, ascitique. Il a une fièvre à grandes oscillations : 39° - $39^{\circ} 5$ le soir, 37° le matin. L'examen pulmonaire ne révèle rien d'anormal.

Son état s'améliore petit à petit, sous l'influence de l'héliothérapie. A la fin de juin, l'abdomen a diminué de volume ; l'ascite est en voie de disparition. La température vespérale n'atteint plus que $38^{\circ} 5$. Dans les premiers jours d'août, la température est redevenue normale, le ventre ne contient plus de liquide.

Le 21 août, l'enfant a la coqueluche. Celle-ci évolue normalement sans provoquer de recrudescence fébrile.

Le 13 avril 1926, l'enfant quitte Hendaye. Sa péritonite est guérie, son poids a augmenté de plus de 2 kgr. pendant son séjour.

Voici donc 3 nouveaux cas très nets d'enfants présentant des lésions tuberculeuses en évolution — 2 cas de tuberculose pulmonaire, 1 cas de péritonite tuberculeuse — qui ont eu la coqueluche sans aucune conséquence fâcheuse.

*
* *
*

Nous avons également retrouvé 2 cas de coqueluche survenue chez des enfants porteurs de lésions bacillaires anciennes. Nous avons déjà relaté le cas de l'enfant P. Henriette (Obs. XII) qui a eu aussi la rougeole. Voici le second cas :

OBSERVATION XVII

Enfant P. Auguste, âgé de 11 ans, envoyé à Hendaye le 15 avril 1924 pour Adénopathie trachéobronchique droite par l'Hospice des enfants assistés. Le père de l'enfant est mort tuberculeux. Lui-même a eu un Mal de Pott dorso-lombaire à l'âge de 3 ans, et a été plâtré pendant 3 ans. Il a eu a rougeole autrefois.

L'examen montre l'existence d'une cypho-scoliose dorso-ombaire. La colonne vertébrale est assez souple. Le thorax

est déformé. L'examen pulmonaire ne montre rien d'anormal.

Le 13 juin, l'enfant a la coqueluche. Tout se passe normalement.

Le 12 septembre, l'enfant quitte Hendaye en très bon état.

* * *

A côté de ces 7 enfants qui ont présenté personnellement des manifestations tuberculeuses, et chez lesquels la coqueluche n'a eu absolument aucune conséquence fâcheuse, 24 autres enfants, parmi les 98 qui ont eu la coqueluche sans complications, avaient dans leurs antécédents des contacts tuberculeux certains. 38 autres avaient été envoyés à Hendaye pour Adénopathie trachéo-bronchique.

En résumé, sur 99 cas de coqueluche observés, 5 sont survenus chez des enfants présentant des lésions tuberculeuses en évolution certaine 2 chez des enfants ayant présenté antérieurement des manifestations tuberculeuses ; 24 chez des enfants ayant eu un contact tuberculeux certain ; 38 chez des enfants envoyés à Hendaye pour adénopathie trachéobronchique, 30 chez d'autres enfants.

Sur ces 99 enfants 1 seul a peut-être présenté après sa coqueluche une manifestation nouvelle de tuberculose.

Les 98 enfants chez lesquels la coqueluche n'a eu aucune influence fâcheuse sont tous restés à l'Asile

d'Hendaye pendant 2 mois au moins après leur maladie.

TABLEAU II

Cas de coqueluche chez des enfants		Complicat.	Pas de compl.
Tuberculeux :			
évolutifs	5	0	5
anciens	2	0	2
Certainement tuberculisés.....	24	0	24
Porteurs d'A. T. B.	38	0	38
Autres.....	30	1	29
Total	99	1	98

Comme nous l'avons fait pour la rougeole, nous avons recherché si la coqueluche avait eu une influence défavorable sur le développement des enfants. Nous avons ainsi constaté que sur 98 enfants, 28 avaient fait une chute de poids passagère, tandis que 70 autres avaient continué d'engraisser régulièrement. Les chutes de poids ont été toutes rapidement compensées, et, en définitive ces enfants ont tiré de leur séjour à Hendaye le même bénéfice que les autres, comme le montre notre tableau IV (voir page 52).

Ainsi donc, notre enquête sur la coqueluche nous donne les mêmes résultats que notre enquête sur la rougeole. Et, pas plus que pour la rougeole, il ne nous est possible de nous rallier pour la coqueluche à l'opinion classique qui fait de cette maladie l'une des principales causes du réveil de la tuberculose dans la seconde enfance.

SCARLATINE ET TUBERCULOSE

Si, à côté de l'action de la rougeole et de la coqueluche, nous avons également étudié l'action de la scarlatine chez les enfants envoyés à l'Asile de Hendaye, ce n'est pas que cette dernière maladie ait jamais été considérée comme « tuberculisante ». Nous avons déjà vu, au contraire, que Rilliet et Barthez considéraient la tuberculose et la scarlatine comme deux maladies antagonistes ; et les auteurs modernes, sans aller jusqu'à admettre cet « antagonisme » des deux affections sont tous d'accord pour affirmer que la scarlatine n'a aucune influence sur l'évolution de la tuberculose.

« La scarlatine ne paraît en rien prédisposer à la
« tuberculose et modifier le terrain soit pour faciliter une invasion de bacilles venus du dehors, soit
« en permettant la diffusion de bacilles alors en
« sommeil en un lieu de l'économie. En effet, la
« scarlatine ne modifie pas les immunités acquises
« comme la rougeole ou la coqueluche. Quand la
« scarlatine éclate chez un tuberculeux pulmonaire
« en évolution, la scarlatine peut garder un caractère bénin (Simonin) et la marche de la tuberculose peut ne pas être précipitée. » (J. Hallé, in

Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée, tome XVI, page 23.)

Si nous avons fait cette étude, c'est justement pour qu'elle nous serve de point de comparaison. Nous avons voulu comparer les actions de deux maladies réputées anergisantes et tuberculisantes au plus haut degré, comme la rougeole et la coqueluche, à celle d'une affection que tout le monde s'accorde à reconnaître sans influence aucune sur l'évolution de la tuberculose, comme la scarlatine.

En passant, nous signalerons qu'il est inexact que « la scarlatine ne modifie pas les immunités acquises. » En effet, « ce n'est pas seulement au cours de la « rougeole que l'on s'aperçut de la disparition de « cuti-réactions à la tuberculine, préalablement « positives. La scarlatine, la varicelle, la fièvre « typhoïde, la grippe ont pu présenter le même « pouvoir, comme l'ont montré Rolly, Tixier et Pais- « seau, Moltchanoff, Cronquist, Kanhals, Robert « Debré et d'autres auteurs. La disparition de la « cuti-réaction au cours de ces différentes maladies « sembla avoir d'autant plus de chances de se pro- « duire que la maladie était plus sévère, comme l'a « signalé, en particulier, Moltchanoff, d'une façon « très nette pour la scarlatine ». (Robert Debré et Mme Karola Papp.)

*
* * *

Pour cette enquête, nous avons procédé exactement de la même façon que pour la rougeole et la coqueluche.

Nous avons ainsi relevé, de janvier 1921 à octobre 1928, 178 cas de scarlatine traités dans le service sur lesquels nous avons observé personnellement 63 cas. Sur les 178 enfants qui ont eu la scarlatine, 11 ont eu aussi la rougeole, et 8 la coqueluche pendant leur séjour.

Nous avons trouvé chez 68 de ces enfants, soit 38,2 %, des antécédents tuberculeux certains. Parmi eux, 4 présentaient des lésions bacillaires en évolution. Sur les 110 autres enfants, 54 avaient été envoyés à Hendaye pour Adénopathie trachéobronchique, soit 30,3 % du nombre total des cas de scarlatine observés.

Sur ces 178 enfants, 2 ont présenté des manifestations nouvelles de tuberculose après leur scarlatine.

OBSERVATION XVIII

Enfant P. Eugène, âgé de 14 ans, arrive à Hendaye le 13 octobre 1925, envoyé par l'hôpital Trousseau pour « Adénopathie trachéobronchique, mauvais état général, anémie ». C'est un garçon maigre et pâle, dont la mère est soignée pour tuberculose pulmonaire. Il a eu autrefois la rougeole et la coqueluche. Il présente une cyphose dorso-lombaire ; son thorax est aplati. L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal.

Le 3 novembre 1925, il entre à l'Isolement pour scarlatine. Il en sort le 12 décembre.

Le 25 février, deux mois et demi après la guérison de sa scarlatine, il entre à l'Infirmierie pour Orchi-épididymite

tuberculeuse droite. Le testicule, et surtout l'épididyme sont augmentés de volume, douloureux à la pression. Le toucher rectal montre une prostate douloureuse, des vésicules séminales infiltrées. La température oscille entre 37°, 37°5 le matin, 38°, 38°5 le soir.

L'enfant est mis au repos, au lit. Petit à petit, les symptômes régressent. L'épididyme diminue de volume, devient moins douloureux. La température redevient normale.

L'enfant quitte Hendaye le 25 février 1927, après avoir fait en janvier un abcès de la marge de l'anus. Au moment du départ, le testicule est redevenu de volume normal; l'épididyme n'est plus douloureux, mais est toujours augmenté de volume, noduleux, dur au palper.

OBSERVATION XIX

Enfant R. André, âgé de 6 ans, arrive à Hendaye le 12 janvier 1926, envoyé par l'Hôpital Trousseau pour « Adénopathie trachéobronchique ». C'est un enfant maigre et anémique, présentant de nombreux ganglions lymphatiques. Son père tousse et crache. Lui-même a eu la rougeole en bas âge. L'examen pulmonaire ne montre rien d'anormal.

Le 18 janvier, il entre à l'Isolement pour scarlatine. Il en sort, guéri, le 26 février.

Vers le milieu de mai, il se plaint d'une douleur au genou droit. A l'examen pratiqué le 23 mai, le genou est globuleux, avec choc rotulien net; la pression de l'épiphyse tibiale est douloureuse. La flexion de la jambe sur la cuisse est limitée et douloureuse.

L'enfant quitte Hendaye le 27 juin, renvoyé à Paris pour
Tumeur blanche probable du genou droit.

Ainsi donc, voici deux cas où, après une scarlatine, sont survenues des manifestations tuberculeuses certaines dans un cas, très probables dans l'autre.

« Après la scarlatine » ne veut certes pas dire forcément « à cause de la scarlatine ». Mais alors, « après » la rougeole ou la coqueluche n'implique pas davantage « à cause » de la rougeole ou de la coqueluche. D'autant plus que la proportion des manifestations tuberculeuses est, dans notre enquête, à peu de chose près la même après chacune des trois maladies étudiées. \

*
* * *

A côté de ces 2 cas, nous avons relevé 8 cas de scarlatine survenue chez des tuberculeux certains, sans que leur tuberculose ait été aggravée.

Dans 4 cas, il s'agissait de tuberculose en évolution. Nous avons rapporté l'une de ces observations dans le chapitre consacré à l'étude de la rougeole (Enfant N. Hélène, obs. III). Il ne nous semble pas utile de rapporter les trois autres.

Dans 4 autres cas, il s'agissait d'enfants porteurs de lésions bacillaires anciennes.

A côté de ces 8 enfants qui ont présenté personnellement des manifestations tuberculeuses, et chez lesquels la scarlatine n'a eu absolument aucune con-

séquence fâcheuse, 58 autres enfants, parmi les 176 qui ont eu la scarlatine sans complications, avaient dans leurs antécédents des contacts tuberculeux certains. 54 autres avaient été envoyés à Hendaye pour Adénopathie trachéobronchique.

En résumé, sur 178 cas de scarlatine observés, 4 sont survenus chez des enfants présentant des lésions tuberculeuses en évolution certaine ; 4 chez des enfants ayant présenté antérieurement des lésions tuberculeuses ; 60 chez des enfants ayant eu un contact tuberculeux certain ; 54 chez des enfants envoyés à Hendaye pour Adénopathie trachéobronchique ; 56 chez d'autres enfants.

Sur ces 178 enfants, 2 ont présenté après leur scarlatine des manifestations tuberculeuses nouvelles.

TABLEAU III

Cas de scarlatine chez des enfants		Complicat.	Pas de compl.
Tuberculeux :			
évolutifs	4	0	4
anciens	4	0	4
Certainement tuberculisés.....	60	2	58
Porteurs d'A. T. B.....	54	0	54
Autres.....	56	0	56
Total.	178	2	176

Les 176 enfants chez lesquels la scarlatine n'a eu aucune influence fâcheuse sont tous restés à l'Asile de Hendaye pendant trois mois au moins après leur maladie.

Comme nous l'avons fait pour la rougeole et pour

la coqueluche, nous avons recherché si la scarlatine avait exercé une influence néfaste sur le développement des enfants. Nous avons ainsi constaté que, sur 176 enfants, 39 avaient fait une chute de poids passagère, tandis que les 137 autres avaient continué d'engraisser régulièrement. Les chutes de poids ont toutes été rapidement compensées, et, en définitive, ces enfants ont tiré de leur séjour à Hendaye le même bénéfice que les autres, comme le montre le tableau ci-dessous.

Dans ce tableau, nous avons comparé les accroissements de poids des enfants qui ont eu la rougeole, la coqueluche ou la scarlatine, et de ceux qui n'ont eu aucune maladie infectieuse pendant leur séjour à Hendaye, à l'accroissement de poids normal pendant le même laps de temps calculé d'après les tables de Variot. Nous avons divisé les enfants en deux groupes : garçons et filles ; et chacun des deux groupes en 3 parties : de 5 à 8 ans, de 8 à 12 ans, de 12 à 15 ans.

Nous avons fait le pourcentage des accroissements inférieurs et des accroissements supérieurs à la normale ; nous avons compté avec les accroissements inférieurs ceux qui étaient exactement égaux à la normale. Pour les enfants qui n'ont eu aucune maladie infectieuse pendant leur séjour à Hendaye, notre statistique porte sur 600 cas.

De la lecture de ce tableau, il résulte qu'il n'y a aucune différence sensible, au point de vue de l'accroissement de poids pendant leur séjour à Hendaye,

entre les enfants qui ont eu la rougeole, la coqueluche ou la scarlatine, et ceux qui n'ont eu aucune maladie.

TABLEAU IV

Enfants ayant eu pendant leur séjour	GARÇONS						FILLES					
	5 à 8 ans		8 à 12 ans		12 à 15 ans		5 à 8 ans		8 à 12 ans		12 à 15 ans	
	Accrois- sement		Accrois- sement		Accrois- sement		Accrois- sement		Accrois- sement		Accrois- sement	
	inf.	sup.	inf.	sup.	inf.	sup.	inf.	sup.	inf.	sup.	inf.	sup.
Pas de maladie..	20	80	13	87	24	76	5	95	1	99	0	100
Rougeole.....	23	77	17	83	30	70	10	90	8	92	0	100
Coqueluche.....	25	75	11	89	—	—	11	89	0	100	—	—
Scarlatine	20	80	8	92	28	72	9	91	1	99	0	100

Dans les trois cas, la chute de poids passagère qui peut se produire au cours de l'affection — et qui semble plus fréquente au cours de la rougeole (42,2 %) qu'au cours de la coqueluche (29,6 %) et de la scarlatine (22,1 %) — est rapidement compensée, et, trois mois environ après, il n'en reste plus trace dans la presque totalité des cas.

Les résultats de notre enquête sont donc les mêmes en ce qui concerne la scarlatine que pour la rougeole et la coqueluche. Après chacune des trois affections, nous trouvons une proportion à peu près égale de manifestations tuberculeuses nouvelles : 2 sur 137 cas de rougeole, 1 sur 99 cas de coqueluche (encore ce cas est-il douteux), 2 sur 178 cas de scarlatine.

Or, tandis que la rougeole et la coqueluche sont considérées par la plupart des auteurs comme des facteurs extrêmement importants de réveil de la tuberculose au cours de la seconde enfance, tout le monde s'accorde pour dire que la scarlatine ne semble avoir aucune influence fâcheuse sur l'évolution de la tuberculose.

Notre enquête semble prouver que le rôle de la rougeole et de la coqueluche n'est guère plus important en réalité que celui de la scarlatine ou de n'importe quelle maladie aiguë.

LES AUTRES MALADIES INFECTIEUSES : VARICELLE, OREILLONS, RUBÉOLE, DIPHTÉRIE

Nous n'avons pas fait d'enquête approfondie à propos des autres maladies infectieuses : varicelle, oreillons, rubéole et diphtérie. Nous nous sommes contenté de relever le nombre des cas de chacune de ces affections à l'Asile de Hendaye, de janvier 1921 à octobre 1928, et de rechercher si elles avaient provoqué l'apparition de nouvelles manifestations tuberculeuses.

Nous avons trouvé : 238 cas de varicelle,
354 cas d'oreillons,
65 cas de rubéole,
286 cas de diphtérie.

Nous n'avons pas constaté de manifestations tuberculeuses nouvelles.

CONCLUSIONS

1^o La rougeole et la coqueluche sont considérées depuis fort longtemps comme des facteurs très importants de réveil de la tuberculose au cours de la seconde enfance.

Tous les auteurs sont au contraire d'accord pour admettre que la scarlatine n'a aucune influence — ou une influence tout à fait minime — sur l'évolution de la tuberculose.

2^o Nous avons étudié les suites de ces trois affections chez les enfants envoyés par les Hôpitaux parisiens à l'Asile de Hendaye. Ces enfants sont pour la plupart des tuberculeux : chez un tiers d'entre eux, nous avons pu retrouver des antécédents tuberculeux certains. Un autre tiers était envoyé pour Adénopathie trachéobronchique; on sait combien ce diagnostic est vague : mais on peut admettre que la moitié, ou tout au moins le tiers de ces enfants étaient des tuberculeux latents.

3^o Or, sur 137 cas de rougeole, nous n'avons observé que deux fois une évolution tuberculeuse post-morbilleuse.

De même, sur 99 cas, nous n'avons vu qu'une seule fois une évolution bacillaire se produire après la coqueluche, et encore ce cas est-il fort discutable.

Par contre, nous avons relevé deux cas de réveil de tuberculose après la scarlatine, sur 178 cas observés.

4° D'après notre thèse, le prétendu rôle phtisogène de la rougeole et de la coqueluche au cours de la seconde enfance n'est pas démontré.

Vu : le Président de la thèse
L. BERNARD.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Apert. — Précis des Maladies des Enfants.

Armand-Delille. — Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée. Article « Rougeole », t. XVI, 1921.

Armand-Delille et Famin (Mlle). — Le rôle de la contagion dans la tuberculose de l'Enfant (*Journal de Médecine de Paris*, août 1924).

Aviragnet (E.-Ch.). — De la tuberculose chez les enfants. Alcan, 1892.

— Traité des Maladies de l'enfance, article « Tuberculose », t. I, 1897.

Beisken (W.). — Aktivieren Masern die Tuberkulose (*Zeitschrift für kinderheilkunde*, 16 décembre 1925).

Bernard (Pr L.). — La tuberculose pulmonaire. Masson, 1925.

Bernard (Pr L.) et Vitry. — Les adénopathies trachéobronchiques de la deuxième enfance (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, juillet 1923).

Bezançon (Pr F.) et Jong (S.-l. de). — Précis de Pathologie Médicale, t. II, 1923.

Chaperon. — Comment doit-on interpréter les images radiologiques du hile pulmonaire ? (*Revue Médico-chirurgicale des Praticiens*, décembre 1923).

Comby. — Traité des Maladies de l'enfance. Articles « Rougeole » et « Coqueluche », t. I, 1897.

— Archives de Médecine des Enfants, passim.

Cordey. — Etude sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance. Thèse Paris, 1926.

Courmont et Boissel. — Les véritables infections associées dans la tuberculose pulmonaire (Paris-Médical, 5 janvier 1924).

Cremieu-Alcan (Mlle). — Etude sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse cliniquement primitive chez l'enfant de deux à quinze ans. Thèse Paris, 1926.

Dauphin. — Revue critique des symptômes cliniques et radiologiques de l'Adénopathie trachéobronchique. Thèse Paris, 1924.

Debré (R.). — De l'abus du diagnostic d'adénopathie trachéobronchique chez l'enfant (Journal des Praticiens, 30 septembre 1922).

Debré (R.) et Cordey. — Sur l'étiologie et la pathogénie des tuberculoses de la seconde enfance (Paris-Médical, 2 janvier 1926).

— Etude sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance (Revue Française de Pédiatrie, t. I, n° 2, 1925).

Debré (R.) et Cremieu-Alcan (Mlle). — Bulletin Médical, n° 17, 1926.

— Etude sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse cliniquement primitive chez l'enfant de 2 à 15 ans (Revue Française de Pédiatrie, t. II, n° 5, 1926).

Debré (R.), Duhem et Petot (Mlle). — A propos de l'adénopathie trachéobronchique non tuberculeuse (Société de Pédiatrie, avril 1925).

Debré (R.) et Karola Papp (Mme). — Sur la cuti-réaction au cours de la rougeole et de la rubéole (Société de Biologie, 5 juin 1926).

— Recherches sur la disparition de la cuti-réaction positive à la tuberculine pendant la rougeole (Annales de Médecine, t. XIX, n° 6, juin 1926).

- Debré (R.) et Senoze.* — Sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse secondaire (Revue Française de Pédiatrie, t. III, n° 6, 1927).
- Delherm et Chaperon.* — Les ombres hilaires normales ; leur constitution (Bulletin de la Soc. de Rad. Méd. de France, juillet 1922).
- Delherm, Duhem et Chaperon.* — Les ombres hilaires normales et pathologiques sur quelques sujets vivants (Soc. de Rad. Méd. de France, nov. 1922).
- D'Espine.* — XI^he Congrès international des Sciences Médicales. Paris, 1900.
- Duhem et Chaperon.* — Les ombres hilaires normales et pathologiques (Congrès de Pédiatrie, 11 juillet 1922).
- Eliasberg (H.).* — Influence des conditions de l'infection, des antécédents héréditaires et de la localisation sur l'évolution de la tuberculose chez l'enfant (Jahrbuch der kinderheilkunde, t. XXXIX, 1919).
- Frankel.* — De l'influence de la rougeole sur la reviviscence et l'aggravation des maladies antérieures. Thèse Paris, 1897.
- Gazeau.* — Rougeole et tuberculose. Réactions tuberculiniques. Thèse Paris, 1910.
- Gelston (C.-F.).* — Statistiques relatives à la tuberculose infantile en Californie (Société de Pédiatrie, 15 avril 1924).
- Grenet.* — L'adénopathie trachéobronchique chez l'enfant (Paris-Médical, 18 février 1921).
- Greze.* — Les rapports de la rougeole avec la tuberculose. Thèse Paris, 1902.
- Guinon et Levesque.* — A propos des adénopathies trachéobronchiques non tuberculeuses (Archives de Médecine des Enfants, août 1925).
- Sur les adénopathies trachéobronchiques non tubercu-

- leuses, examen radiologique (Société de Pédiatrie, 17 mars 1925).
- Hallé (J.)*. — Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée, article « Scarlatine », t. XVI, 1921.
- Hudelo*. — Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique. Article « Coqueluche », fasc. IX, 1908.
- Hutinel (Pr V.)*. — Traité des Maladies des Enfants.
- Rougeole et tuberculose (Journal des Praticiens, 1908).
- Léger*. — Sur le pronostic de la coqueluche. Thèse Paris, 1909.
- Marfan (Pr)*. — L'adénopathie trachéobronchique (Presse Médicale, 22 déc. 1923).
- Les enseignements de la cuti-réaction. L'immunité anti-tuberculeuse (Presse Médicale, 22 décembre 1923).
- Moizard*. — Traité des Maladies de l'enfance. Article « Scarlatine », t. I, 1897.
- Nobecourt (Pr)*. — Précis de Médecine des Enfants.
- Coqueluche et tuberculose (Journal de Médecine de Paris, 15 avril 1922).
- Pehu et Dufau*. — Tuberculose médicale de l'enfance, 1927.
- Petot (Mlle)*. — L'adénopathie médiastine non tuberculeuse chez l'enfant. Etude critique. Thèse Paris, 1928.
- Ribadeau-Dumas*. — Les débuts de la tuberculose pulmonaire. Flammarion, 1925.
- Sur le diagnostic des adénopathies trachéobronchiques (Paris-Médical, 4 décembre 1920).
- Rilliet et Barthez*. — Traité clinique et pratique des maladies de l'enfance, 1838.
- Roger*. — Nouveau Traité de Médecine. Article « tuberculose », t. IV, 1925.
- Rohmer*. — Clinique et épidémiologie de la tuberculose infantile; les bases actuelles de la lutte anti-tuberculeuse (Concours Médical, 18 janvier 1925).

Rondy. — Thèse.

Slayton Herben (B.) et Asserson (Alice). — Tuberculous meningitis in children ; a statistical study of the disease from birth to fifteen years of age (American Revue of tuberculosis, mai 1925).

Stevenin. — La Coqueluche, Flammarion, 1926.

Teissier (Pr J.). — Nouveau traité de Médecine. Article « Rougeole », t. II, 1922.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. — T. XVII et XVIII, 1924 et 1926.

Wachter (R.). — Masern und Tuberkulose (Zeitschrift für Tuberkulose. Leipzig, t. XL, 1924, p. 353-361).

Weill (Pr) et Pehu. — Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée. Article « Coqueluche », t. XVI, 1921.

Wingfield. — Recherches sur les infections secondaires compliquant la tuberculose pulmonaire (The Lancet, 3 janvier 1923).



